

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N° 779

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel EMERY

né le 29 novembre 1923 -Le Mans-

Présentée et soutenue publiquement : 1963

MORTALITE FOETALE ET NEO-NATALE AU COURS DE
L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE.

Président : M. LACOMME, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel EMERY

né le 29 novembre 1923 -Le Mans-

Présentée et soutenue publiquement :

MORTALITÉ FOETALE ET NEO-NATALE AU COURS DE
L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE.

Président : M. LACOMME, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS.V



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (G.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MILLIEZ (P.)
	LENÈGRE (J.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
	DEROT (M.)
	DAVID (M.)
	GARCIN (R.)
	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
	RENARD (G.)
	AUBRY (M.)
	LELONG (M.)
	MARIE (J.)
	BERNARD (E.)
	MICHAUX (L.)
	COSTE (F.)
	DECHAUME (M.)
	ROUX (M.)
	LEMAIRE (A.)
	GAULTIER (M.)
	PADOVANI (P.)
	DOMART (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)
Cliniques médicales	
	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	
Clinique stomatologique (Pitié)	
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	
Clinique toxicologique	
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	
Sémiologie médicale	
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Nédecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) pr. s. ch. GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYCOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAGLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LEPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (G.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	LAFOURCADE (J.) LEPERCO (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISSET (B.)		
Neurologie	LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Obstétrique			
Ophtalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie.	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHÉ (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Mes Parents,

En remerciement des sacrifices qu'ils ont fait
pour moi.

En hommage et en témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A Ma Soeur, A Mon Frère,

Avec mes plus affectueux sentiments.

A Ma Femme,

A Mon Fils,

A Ma Fille,

Avec toute ma tendresse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Maurice Lacomme.

Professeur de clinique Obstétricale à la Faculté
Accoucheur chef de la Maternité.

qui nous fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Guy LE LORIER,

Gynécologue accoucheur des Hôpitaux.

qui nous a si amicalement aidé dans sa réalisation.

A Messieurs les Membres de mon Jury de Thèse.

I N T R O D U C T I O N

L'accouchement par le siège a toujours retenu l'attention des Obstétriciens. Pour s'en convaincre, il n'est que de parcourir les Littératures Médicales Françaises et étrangères où de nombreuses publications furent faites et continuent à paraître sur un sujet qui gardera toujours une première place dans l'Obstétrique moderne. Le Siège est reconnu comme étant une présentation eutocique moins favorable certes que le Sommet car le risque foetal est dans certains cas assez important, ce qui nous permet de dire d'emblée que le pronostic vital de l'enfant doit toujours être réservé.

Présenter une étude sur la mortalité foetale et néo-natale dans l'accouchement par le Siège, nous a paru sincèrement effrayant. En effet la littérature obstétricale est pleine d'études très documentées, de statistiques qui nous paraissent très complètes.

Mais à notre époque, les idées évoluent très vite, la science progresse, les techniques se perfectionnent et la conduite d'un accouchement par le siège, si elle a gardé les idées maîtresses des anciens auteurs, s'est vue s'enrichir, s'assouplir par des techniques plus modernes tendant à réduire ainsi la mortalité et la morbidité foetale.

Dans le cadre d'une Maternité d'Argentan, nous avons réuni un certain nombre de Sièges, en série continue, s'étendant sur une période de onze années (1951-1962).

Après une courte présentation des travaux des principales Ecoles Françaises et Etrangères consacrés à la mortalité par le Siège, en insistant sur les plus importantes et les plus caractéristiques, nous présenterons notre statistique personnelle, tout d'abord en une étude globale au cours de laquelle nous étudierons les principaux facteurs maternels et foetaux

qui peuvent assombrir le pronostic vital de l'enfant. Puis nous examinerons l'influence de ces facteurs sur le mode d'accouchement.

Dans une seconde partie, nous ferons une étude séparée des différents modes d'accouchement par le siège en insistant sur les interventions obstétricales, plus particulièrement sur la place à réserver à l'opération césarienne soit d'emblée, soit secondairement au cours du travail.

Puis dans la dernière partie de notre ouvrage, nous examinerons le rôle des perfusions d'ocytociques et nous essaierons de tirer quelques indications quant à la conduite à tenir, souci primordial de tout accoucheur averti.

TITRE I

- CONSIDERATIONS SUR QUELQUES STATISTIQUES

Les statistiques sont nombreuses et le taux de mortalité foetale est souvent très variable d'un auteur à un autre à tel point qu'il nous paraît assez difficile de nous faire une opinion valable.

En effet, les résultats publiés sont divergents parce que certains auteurs englobent sans distinction tous les décès survenant lors d'une présentation pelvienne.

Dans d'autres statistiques épurées, le taux de mortalité et morbidité foetale est également très variable et se situe parfois entre des limites extrêmes suivant que les résultats portent sur l'ensemble des sièges ou seulement sur une mortalité particulière de l'accouchement.

Il est évident qu'il est difficile de comparer et d'opposer des pourcentages établis sur des bases souvent différentes.

A notre avis, il est important d'exclure et nous avons délibérément éliminer de notre statistique personnelle :

- les morts in utero avant le travail,
- les grossesses gémellaires et multiples,
- les malformations foetales incompatibles avec la vie
- les enfants atteints d'affection. acquise in utero ou seulement après la naissance,
- les prématurés dont la plupart des accidents doivent être considérés plus comme des accidents de prématuration que des accidents d'accouchement.

- STATISTIQUES DES ECOLES FRANCAISES

Au siècle dernier, Madame Lachapelle déplorait un décès sur sept ; Dubois reconnaissait une mortalité sur onze sièges. Ces premiers résultats n'offrent qu'un intérêt historique ; plus près de nous et entourés de techniques plus modernes, les statistiques de notre siècle vont nous donner une vue plus réelle du taux de mortalité foetale.

Nous examinerons en détail celles qui nous paraissent les plus probantes en y apportant les conclusions qu'il convient.

TRAVAUX DE LA CLINIQUE TARNIER

Y. Poulain (thèse Paris 1926) trouve sur 303 accouchements par le siège, une mortalité épurée de 30, soit 10 %

Ces décès se répartissent en : Primipares : 12,5 %

Multipares : 9,6 %

L'auteur a incorporé les jumeaux et a éliminé seulement les malformés et les macérés (au nombre de cinq).

Par ailleurs : 17 décès sur 57 grandes extractions soit une mortalité de 30 %

Primipares : 32 %

Multipares : 19 %

Vaudescal a réuni en 1930 376 observations d'accouchement par le siège (jumeaux inclus et donne une mortalité globale de 49 soit 12,75 %

Primipares 16,7 %

Multipares 8,7 %

Delruy, Vermeuouse (Thèse Paris 1949) trouve une mortalité globale de 9,6 % pour 500 accouchements par le siège à terme ou près du terme (gémellaires comprises)

Selon la parité, l'auteur trouve une mortalité foetale de :

- 10,97 % pour 267 primipares

- 6,9 % pour 194 multipares.

Les grossesses gémellaires donnent une mortalité de :

- 14,8 %/o pour les primipares
- 8,75 %/o pour les multipares.

La mortalité étudiée selon la modalité de l'accouchement donne :

- Primipare : (Acc. simple - Mortalité de 9 %/o
(Grde extraction " " 30 %/o
(Césarienne " " 0 %/o
- Multipare : (Acc. simple - Mortalité 4 %/o
(grde extraction " " 30 %/o

TRAVAUX DE L'ECOLE NANCEENNE

Facq (thèse Nancy 1948) dans une étude sur "l'Accouchement spontané dans la présentation du siège" indique une mortalité foetale de 16,9 %/o pour 224 accouchements à terme ou près du terme (césariennes, morts in utero, exclus mais jumeaux inclus).

La mortalité est de 9 pour 32 grandes extractions soit 28 %/o, de 28 pour 192 petites extractions soit 17 %/o.

Misler (thèse Nancy 1953) présente 94 sièges, conserve dans l'établissement de sa statistique les prématurés, les jumeaux, les macérés, les morts in utero.

Nombre de décès 19, soit 4,9 %/o de mortalité globale.

Indique une mortalité corrigée de 37 %/o pour les prématurés

- de 6 %/o pour les enfants nés à terme.

Pour les enfants nés à terme (morts in utero exclus) l'évolution de l'accouchement se décompose en

- | | | | | | |
|---------------------|----|---|---------|-------|---|
| - Acc. simple | 24 | - | 36 %/o | Décès | 0 |
| - Mauriceau | 17 | - | 26 %/o | " " | 0 |
| - Petite extraction | 10 | - | 15 %/o | " " | 2 |
| - Grande extraction | 14 | - | 21 %/o | " " | 2 |
| - Césarienne | 1 | - | 1,5 %/o | " " | 0 |

TRAVAUX DE L'ECOLE LYONNAISE

Borniaud en 1952 présente deux séries continues d'accouchement par le siège ; enfants à terme ou près du terme et d'un poids supérieur à 2,500 kg.

Exclus de sa statistique les - jumeaux
- prématurés
- morts in utero.

A) Première série empruntée aux années 1940-42 - 95 sièges.

- Primipares 49 - Mortalité foetale 12 %
- Multipares 46 - " " " " " 7,5 %

B) Deuxième série - années 1950-52 - 161 sièges

- Primipares 76 - Mortalité foetale 2,6 %
- Multipares 88 - " " " " " 4,5 %

Pour cette série, le mode d'accouchement se répartit en :

- Acc. simple 61 - 37 %
(Bratch terminal)
- Mauriceau 31 - 19 %
- Petite Extraction 18 - 11 %
- Grande Extraction 44 - 27 %
- Césarienne 3 - 1,8 %

TRAVAUX DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

Béguère (1953) présente une étude portant sur 339 sièges, pris en série continue et empruntés aux années 1947-54 (quatre séries). Il a pris soin d'esclure de sa statistique, les prématurés, les enfants d'un poids inférieur à 2,500 kg, les jumeaux, les morts in utero avant le travail, les enfants présentant une malformation incompatible avec la vie.

La mortalité globale foetale et néo-natale est de 26 soit 7,6 %
(morts nés 21, Morts précoces 5) se répartissant en :

- Primipares 194 - Décès 20 (M.N. 15 10 % mortalité globale
(M.P. 5

- Multipares 145 Décès 6 (M.N. 5 4 % mortalité globale
(M.P. 1

L'auteur étudie la mortalité infantile en fonction de certaines circonstances, âge maternel, variété de siège, durée de dilatation, d'expulsion ... et insiste sur certains résultats, en particulier sur les accidents qui frappent les primipares et les multipares âgées.

15 primipares de + de 35 ans - Décès 2 - 13 %

42 multipares de + de 35 ans - Décès 6 - 13 %

par rapport aux catégories de - de 35 ans dont la mortalité infantile globale est de 10 % et de 0 %

Montre que la mortalité est double tant chez la primipare (18 %) que chez la multipare (6 %) lorsque la durée de dilatation dépasse les délais normaux de 12 h. et de 6 h.

(89 primipares - 12 h. Décès 7 - 7,8 %

(61 " " + 12 h. " " 11 - 18 %

(99 multipares - 6 h. Décès 3 - 3 %

(39 " " + 6 h. " " 3 - 6 %

Même remarque pour la durée d'expulsion dont la mortalité foetale varie de 8,2 % à 22 % chez la primipare et de 3,5 % à 8,3 % chez la multipare selon que l'on considère l'expulsion inférieure ou supérieure à 1 h. dans le premier cas, inférieure ou supérieure à 30 minutes dans le second cas.

Quant au volume foetal, le poids de 3.000 à 5.500 gr à la naissance est le plus favorable et correspond à la mortalité la plus basse (2,7 %) Les poids supérieurs à 3.500 et inférieur à 3.000 gr. se partagent une mortalité de 12 % et de 10,5 %.

Pour Béguière, l'évolution de l'accouchement se décompose en

Acc. simple (Bracht-Mauriceau)	206	-	60 %	-	7	Décès	-	3,3 %
Petite Extraction	54	-	16 %	-	11	" "	-	20 %
Grande Extraction	28	-	8 %	-	6	" "	-	21 %
Césarienne	51	-	15 %	-	2	" "	-	4 %

TRAVAUX DE L'HOPITAL FOCH

Loriau en 1954 a réuni 170 sièges (fréquence 2,5 ‰)

La mortalité globale est de 5 ‰ pour 125 Accouchements spontanés

6 ‰ pour 17 Césariennes

18 ‰ pour 28 grandes extractions.

De même que Bréguère ne semblait guère satisfait des techniques modernes de perfusion intraveineuse lente d'ocytocique (mis à part sa 3^{me} série où la mortalité infantile s'abaissait à 20 ‰ pour 32 ‰ d'accouchements compliqués) Loriau ne nous apporte pas encore de résultats probants.

TRAVAUX DE L'HOPITAL DE NEVERS

Tanguy (1959) donne un pourcentage de mortalité infantile atteignant 8,18 ‰ pour 324 accouchements par le siège d'enfants pesant plus de 2.000 gr: (morts in utero, malformés exclus).

Il recherche la mortalité infantile d'après les facteurs de pronostic.

- Primipare 8,47 ‰ de mortalité

- Multipare 3 ‰ " " "

Age maternel supérieur à 30 ans 6,39 ‰

inférieur à 30 ans 12,38 ‰

Sièges complets 16 ‰

décomplétés 4,58 ‰

23 Césariennes furent pratiquées entraînant 7,10 ‰ de décès

Résultat catastrophique pour les grandes extractions (6 ‰) : 35 ‰ de mortalité.

TRAVAUX DE L'ECOLE NANTAISE

Jarousse et Lerat en 1959 étudient 188 sièges de primipares à terme ou près du terme, relevés au cours des années 1945 à 1957, d'enfants de poids supérieur à 2.000 gr.

Excluent de leurs statistiques les jumeaux, les malformés, les morts in utero.

Trouvent une mortalité globale de 5 ‰

Les auteurs étudient successivement les facteurs de pronostic foetal.

Acceptent une mortalité infantile de 7 ‰ pour les femmes de plus de 30 ans (Césariennes 10 ‰) et de 0 ‰ pour celles de moins de 30 ans (césarienne 50 ‰)

Les sièges complets offrent une mortalité de 10 ‰ alors que les décomplétés restent à 2 ‰.

Quant à la durée de dilatation, le nombre de décès triple, allant de 4 ‰ pour une durée de - 8 h. à 12 ‰ pour celle dépassant 12 h. (23 ‰ césarienne).

La mortalité progresse normalement avec le poids de l'enfant.

L'évolution de l'accouchement se décompose en :

	Nbre	Décès	‰ mortalité
Acc. Naturels	102	3	3 ‰
Gr. Extraction (37 immédiates (12 tardives	49	4	8 ‰
Césariennes : (25 primitives (12 secondaires	37	0	0 ‰

TRAVAUX DE L'HOPITAL DE NEUILLY

Poulet (1961) a réuni au cours des années 1956 à 61 247 sièges d'enfants pesant plus de 2.500 gr.

Dans sa statistique n'en retient que 200 (fréquence 4,2 ‰), Les 47 sièges éliminés concernent les morts in utero, les prématurés, les malformés, les césariennes primitives.

Conserve néanmoins les grosses gemellaires et multiples.

Mortalité globale 8 ‰

L'auteur étudie également les éléments de pronostic foetal :

111 primipares (9 ‰) - 8,2 ‰ de mortalité globale
89 multipares (7 ‰) - 7,6 ‰ " " " " "

Age maternel : inférieur à 20 ans : 20 ‰ décès
de 20 à 30 ans : 6,4 ‰ " "
supérieur à 30 ans : 9,4 ‰ " "

- Sièges complets - 3,7 ‰ de mortalité pour une fréquence de 29,5 ‰
- " " décomplets - 5,5 ‰ " " " " " " " " "70,5 ‰

Quant à la mortalité infantile concernant la durée de dilatation, le moment de la rupture des membranes, le poids de l'enfant ... les taux sont voisins de ceux de la plupart des auteurs.

Le volume foetal se partage une mortalité de 3 ‰ pour les enfants de 2,500 gr. à 28,57 ‰ pour ceux dépassant 4.000 gr.

Après Beguère (1953), Loriau (1954), Merger, Melchior et Chicha (1958), Poulet aborde dans la seconde partie de son étude les avantages obtenus lors de perfusion I.V. lente de port-hypophyse.

Présente deux séries.

A) Perfusion de Post-Hypophyse naturelle

42 sièges perfusés - 5 décès - Mortalité globale 11,7 ‰
6 perfusions avant dilatation complète - 2 décès
36 " " à complète 3 décès.

B) Perfusion de Syntocinon

98 sièges perfusés - 4 décès - Mortalité globale 4,08 ‰
39 perfusions à complète 2 décès M. 5,1 ‰
59 perfusions avant complète 2 décès M. 3,4 ‰

Thèse Lacagne (Paris 1961) publie 757 présentation du siège, prématuré inclus. En fait à juste titre une étude distincte

Trouve une mortalité foetale et néo-natale de =
71 ‰ pour 70 observations de foetus pesant de 1000 à 1800 gr
17,2 ‰ pour 105 sièges d'enfant pesant de 1800 à 2500 gr
(fréquence 17,2 ‰) - décès 18

4, 8 ‰ pour 568 sièges d'enfants de + de 2500 gr - 28 décès.

Pour les enfants d'un poids supérieur à 2500 gr. l'évolution de l'accouchement se décompose en :

- Acc spontanés 431 (fréquence 76 ‰) 10 décès - Mortalité 2,2 ‰
- / - Grande Extraction 74 (12,7 ‰)
 - (45 primipares - 6 décès - M. 13,2 ‰
 - (29 multipares - 8 " " - M. 27,6 ‰
- Césariennes 57 (fréquences 9,5 ‰) 3 décès- Mortalité 5,2 ‰

L'auteur note la diminution de la mortalité infantile depuis l'utilisation de perfusion de Post-Hypophyse.

Deux séries : 1) Période 1949-54

- 4 sièges perfusés - 4 décès - M. 8,3 ‰

2) Période 1955 à 59

161 sièges perfusés - 3 décès - M. 1,8 ‰

CONCLUSION -

Ces essais sont encourageants ; en effet appliquée lors d'anomalies dynamiques de l'accouchement, l'utilisation des ocytociques tend à limiter les manœuvres obstétricales souvent foeticides et à provoquer une baisse sensible de la mortalité foetale.

Nous en reparlerons.

- QUELQUES STATISTIQUES DE TRAVAUX ETRANGERS

Koenig, de l'école de Genève, publie plusieurs statistiques concernant les accouchements par le siège, se rapportant aux années 1939 à 1946.

Plusieurs séries :

- 1°) Sièges avant 1940 11‰ de mortalité infantile
- 2°) " " de 1940 à 1943 13,5 ‰ " " " "
- 3°) "En 1946, il réunit 113 acc. par le si-ge, enfants d'un poids supérieure à 2.500 gr. La mortalité globale est de 1,70 ‰.

Dauforth et Galloway - U.S.A. - réunissent en 1936 une série de 285 sièges (prématurés et jumeaux inclus)

Ils trouvent une mortalité foetale de
5,85 ‰ pour 188 enfants nés à terme
25 ‰ pour 36 jumeaux
20 ‰ pour 97 prématurés.

Pour les grossesses simples, la mortalité infantile est de :
6 ‰ pour 185 enfants pesant + de 2.500 gr.
16 ‰ pour 87 " " " - de 2.500 gr.

Pour les grossesses gémellaires :
50 ‰ de mortalité pour 16 enfants de - de 2.500 gr.
0 ‰ " " " " 20 " " " + de 2.500 gr.

Selon la parité, l'évolution de l'accouchement se décompose en :

- Acc. simples :

- Primipares	28	-	7	décès	-	25 ‰ mortalité infantile.
- multipares	9	-	2	" "	-	22 ‰ " " " "

- Acc. compliqués

- Primipares	119	-	4	décès	-	22 ‰ mortalité
- multipares	102	-	18	" "		18 ‰ " "

- Césariennes

- Primipares	22	-	3	décès	-	10 ‰ " "
- multipares	6	-	1	" "	-	16 ‰ " "

Ahumada (Argentine) en 1948 étudie 893 sièges à terme ou près du terme, jumeaux inclus.

Cette série comprend 754 grossesses simples
139 grossesses gémellaires.

La mortalité globale est de 16,7 ‰

La mortalité corrigée est de 6,2 ‰ - 56 décès dont 29 morts nés
27 morts précoces.

Les accouchements se répartissent en :

	Nbre	%
Acc. Simple	154	17
Petite Extraction	589	62,8
Grande Extraction	121	12,4
Césarienne	29	3,3

Mortalité infantile : 7,1 % pour les enfants d'un poids supérieur à 2.500 gr.

- Primipares de - de 30 ans 10W%
- " " " + de 30 ans 13 %
- Multipares 6,4 %
- Chez les prématurés, la mortalité est de 47 %

Secley - U.S.A., présente en 1949 deux séries d'accouchements par le siège de grossesses simples et de grossesses gémellaires, enfants d'un poids supérieur à 1.500 gr. (morts in utero, malformés exclus).

- 1ère Série - empruntée aux années 1933-1937

Totalise 53 décès - Mortalité infantile 10%

Elle est de 55 % chez les prématurés

de 11 % chez les enfants nés à terme.

- 2me série - comprenant les années 1942 à 1946

Réunit 446 sièges - 30 décès - mortalité infantile 6,7 %

- prématurés 37,5 %

- Enfants nés à terme 5,2 %

50 césariennes furent pratiquées sur l'ensemble de ces sièges (fréquence 5 %)

Gibson - U.S.A. réunit en 1950 plusieurs statistiques prélevées dans divers publications :

Exclus les prématurés, les malformés, les morts in utero et les morts étrangers au siège :

- University Hospital Baltimore	1939	-	12,1 ‰
- Margaret Hague Hospital	1942	-	11,2 ‰
- Sloane Hospital	1943	-	2,7 ‰
- Millard Tillmore Hospital	1944	-	9,6 ‰
- Chicago Lying	1945	-	1,7 ‰

Gibson étudie également 407 sièges prélevés dans les services du Pillsburg Hospital et trouve une mortalité corrigée de 7,3 ‰

Zacharias - U.S.A. (1950)- publie une série de 884 accouchements par le siège d'enfants pesant plus de 1500 gr.

La mortalité infantile corrigée se répartit :

Selon la parité :

	Nbre	Mortalité
Primipares	273	8 ‰
Multipare	611	10,7 ‰

Selon la variété de siège :

	Nbre	Mortalité
S. complet	190	5,7 ‰
S. décomplété	607	11,5 ‰
S. 1/2 décomplété	87	14,9 ‰

L'évolution de l'accouchement se décompose en :

	Nbre	Mortalité
Acc. simple	348	12,3 ‰
Petite extraction	348	8,5 ‰
Grande extraction:	188	11,2 ‰

Dalley (G.B.) en 1953 publie 498 sièges :

465 accouchements par voie basse (fréquence 93,4 ‰) se répartissant :

selon la parité : Primipare 317
multipare 181

Dans cette catégorie d'accouchements par voie basse, la mortalité infantile est de 13,5 ‰ :

- 33 césariennes

- 87 grossesses multiples donnent 100 accouchements par le siège.

65 décès sont enregistrés portant la mortalité globale à 13,1 ‰

L'auteur distingue :

1/ Les sièges non compliqués - 239 cas - 7 décès

158 primipares - 1,9 ‰ mortalité

77 multipares mortalité plus élevée

4 césariennes 1 ‰ mortalité.

2/ Les sièges compliqués - 263 cas - 41 morts nés - 17 morts secondaires portant la mortalité à

29 ‰ pour les enfants d'un poids inférieur à 2.500 g.

16 ‰ " " " " " " supérieur à 2.500 g.

Selon la modalité de l'accouchement, la mortalité infantile chez la primipare et la multipare s'établit ainsi :

	Acc.Naturel	Petite extraction	Grande extraction	Césarienne
Primipares	10,7 ‰	10,5 ‰	20 ‰	9,5 ‰
Multipares	12,7 ‰	7 ‰	41,7 ‰	0
Fréquence ‰	68	16	8	6

Law (G.B.) 1951, réunit 196 sièges non prématurés (morts in utero malformés inclus).

Distingue deux séries :

1/ Cas non compliqués : 120 accouchements par voie basse

Primiparë 93 cas - 10,8 % mortalité

Multipare 27 cas - 0 % " "

2/ Cas compliqués - 76 sièges - 34 décès.

Primipare 36 cas - 16 décès - 44 % mortalité

Multipare 40 cas - 18 décès - 45 % " "

25 césariennes furent pratiquées, soit une proportion de 12,5 % :

2 décès soit une mortalité de 8 %

- Relevons dans ce travail de Law quelques pourcentages de mortalité infantile que l'auteur a prélevé dans la littérature:

Hôpital	Nombre de siège	Mortalité corrigée
Un. Col. Hospital London 1939-48	127	12,6 %
Princess Mary Hospital 1947	91	7,7 %
Royal Mat.Hospital Belfast 1947	44	11,6 %
Royal Mat. Hospital Glasgow 1948	44	16,9 %
Queen Charlott Mater. 1949	25	8 %
St Thomas Hospital London 1946-50	42	2,4 %
South on Sea Hospital 1950	27	7,5 %

- Etude comparative de la mortalité infantile selon deux modes d'accouchement précis : Petite et grande extraction systématique :

Petite Extraction:			Grande Extraction	
Auteurs	Proportion	Mortalité	Auteurs	Mortalité
Greig 1945	92	1,8 %	Goethal 1936	6,9 %
Pagano 1948	70	5,5 %	Secley 1940	6,5 %
Trites 1948	78	4,5 %	Tites 1944	7 à 10 %
Dennen Fischer 1949	81	6 %	Vogt 1945	4,4 %
Gustafsou 1949	56	1,1 %	Fotter 1954	9,6 %
Morgan 1950	90	1,9 %	Ware 1947	2,7 %

Statistiques d'auteurs divers citées par Tanguy (1959)

A) U.S.A.

Goethals de Chicago - Etude portant sur 1034 sièges

- Primipare 6,2 ‰ mortalité
- Multipare 9,8 ‰ " "

B) RUSSE

Esiechevili 3,6 ‰ mortalité

Tzwainer 3,9 ‰ " "

Tzovianoff 1,3 ‰

C) SCANDINAVIE

Kruhnel

Deux séries 126 sièges - 1,6 ‰ mortalité

136 " " - 11,6 ‰ " "

D) ANGLETERRE

Reginald Cutts et Albas (Edinbourg)

(Prématurés inclus)

- Primipares 18 ‰ mortalité
- Multipares 30 ‰ " "

TITRE II

- STATISTIQUES PERSONNELLES -

Chapitre I - ETUDE GLOBALE

- Sur un total de 6320 accouchements nous avons relevé 242 sièges, en série continue, soit une fréquence de 3,8 % ; chiffre en accord avec la majorité des auteurs qui donnent un pourcentage variant de 2 à 5 %.

Dans l'établissement de notre statistique personnelle, nous ne retiendrons que 208 sièges car précisons le encore une fois, nous avons délibérément exclus :

- les prématurés,
- les grossesses gémellaires et multiples,
- les morts in utero avant tout début de travail
- les malformations foetales incompatibles avec une vie prolongée
- les enfants atteints d'affection. acquise in utero ou seulement après la naissance,

34 cas furent ainsi écartés de notre statistique :

1/ Prématurés - 22 cas

α - 9 foetus d'un poids inférieur à 1500 gr

- 1 mortalité par infection amniotique

β - 13 foetus de poids variant de 1500 à 2000 gr.

- 1 mortalité néo-natale due à une hémorragie méningée après grande extraction de siège pour arrêt de la progression

- 2 mortalités provoquées par hématome rétro-placentaire.

2/ 3 morts indépendantes de l'accouchement

1 anencéphale

1 hydrocéphale

1 mort et macéré + hydramnios

3/ 9 césariennes primitives

2 placenta praevia

6 rétrécissements pelviens

1 rupture utérine.

MORTALITE GLOBALE

- Au cours de nos 208 accouchements par le siège, nous avons relevé 21 cas malheureux portant notre mortalité infantile globale à 10 ‰ . Ce chiffre paraît assez élevé, mais soulignons d'emblée que la plupart de ces cas relèvent de sièges difficiles parfois envoyés tardivement dans le service par des accoucheurs ruraux n'ayant pas osé adapter à chaque cas particulier la technique ou le type d'intervention appropriés.

La mortalité maternelle est nulle.

La mortalité foetale et néo-natale globale est de 21 soit 10 ‰ se répartissant en : - morts nés ... 17
morts précoces 4

- Comparé à divers auteurs, notre mortalité est meilleure que celle donnée par : Vaudescal (1930) M. = 12,75 ‰ - Paquet et Pierson (1940) à l'Hôpital St Pierre de Bruxelles M. = 11,9 ‰ - Facq (1948) M. = 16,9 ‰ - Bonniaud (1952) Série 1940-42 M. : 12 ‰ - Dalley (G.B. 1953) M. = 13,5 ‰.

- Elle est comparable à certains auteurs Français et étrangers : Poulain (1926) M. = 10 ‰ - Debruy Vermeuouse (1949) M. = 9,6 ‰ - Seeley (U.S.A. 1949) 1^o série M. = 10 ‰ - Kruhnel (Scandinavie) M. = 11,6 ‰.

- Mais notre mortalité est supérieure aux chiffres publiés dans certains travaux : Beguère (1953) M. = 7,6 ‰ - Misler (1953) M. = 4,9 ‰ Tanguy (1959) M. = 8,18 ‰ - Jarousse-Lerat (1959) M. = 5 ‰

Chiffres qui se rapprochent de ceux émis à l'étranger et qui s'avèrent les meilleurs ; mais notons que les critères d'établissement de ces statistiques étrangères sont certainement différentes des nôtres, rendant ainsi leurs pourcentages les meilleurs : Seelery (1949) M/ = 6,5 % - Khurada (1948) M. = 6,3 % - Koenig M. = 1,7 % - Tzvainer M. = 3,9 % - Tzovianoff M. = 1,3 %.

Nous nous proposons maintenant d'étudier les facteurs maternels et ovulaires qui peuvent intervenir et compromettre le pronostic de l'enfant. . . Nous aurons ainsi un jugement précis sur les variations de la mortalité foetale et néo-natale au cours du travail et pendant les 10 premiers jours.

- Parité et mortalité foetale

	. Nbre .	. % .	. M .	. % .
Primipare	82	39 %	13	15,8 %
Multipare	126	60,6 %	8	6,3 %

La mortalité foetale est nettement plus importante chez la primipare ; elle traduit la fréquence de l'hypotrophie utérine et de la dystocie dynamique. Chez la multipare, le relâchement des parois utérines fatiguées par de multiples grossesses augmente les manoeuvres d'extraction et assombrissent le pronostic.

Classique concordance avec la majorité des auteurs : Vaudescal, Debruy, Vermenouze, Poulain qui en 1926 trouvaient une mortalité de 12,5 % pour les primipares et de 9,6 % pour les multipares.

- Age maternel et mortalité

Age	Nbre	O/o	M	O/o
- 30 ans	142	68	16	12
+ 30 ans	66	31,7	5	7,5

La mortalité est importante chez la très jeune femme. Le pronostic foetal est meilleur chez la femme ayant dépassé la trentaine. Certaines statistiques cependant donnent des proportions inverses ou égales.

- Age maternel et Parité

	Age	Nbre	°/o	M	°/o
<u>Primipare</u>	- 30 ans	75	36	12	16
	+ 30 ans	6	2,8	1	16,6
<u>Multipare</u>	- 30 ans	70	33,6	4	5,7 °/o
	+ 30 ans	57	27,4	4	7

Là encore le pronostic foetal est très sombre pour la très jeune femme, surtout s'il s'agit de primipare.

Même réserve pour la grande multipare âgée.

-- Mortalité en fonction de la modalité de la présentation

	Nbre	O/o	M	°/o
S. complet	60	28,8	5	2,4
S. décompleté	148	71	16	7,6

Le siège décomplété offre un pronostic plus défavorable que le siège complet, le mécanisme physiologique en est d'ailleurs beaucoup plus difficile et les césariennes plus nombreuses.

M. le Pr. Lacombe a très bien analysé les raisons de cette constatation. Dans le siège décomplété "on a souvent affaire à un utérus cylindrique, se contractant de façon médiocre et coïncidant assez souvent avec une atrésie des parties molles et même du bassin qui ajoute aux difficultés".

Nous trouvons les mêmes constatations dans les travaux de Lacagne, Poulet Zacharias (U.S.A.) alors que Béghère, Tanguy, Jarousse trouvent des proportions inverses.

- Parité et variété de Siège

	- Parité	Nbre	%	M	%
S. complet	Primipare	19	9	3	15
	Multipare	41	19,7	2	4,8
S. décomplété	Primipare	63	30	9	14,2
	Multipare	85	40,7	7	8,2

Constatons à nouveau que le siège décomplété s'attribue la mortalité la plus élevée aggravée encore par la primiparité. La variété décomplétée prédomine chez la multipare mais reste également une éventualité fréquente chez la primipare.

- Poids foetal et mortalité

Poids en grs	Nbre	%	M	%
2000 à 2500	20	9,6	3	15
2500 à 3000	61	29,3	5	8
3000 à 3500	82	39,4	6	7,3
3500 à 4000	37	18	4	11
4000 et +	8	3,8	3	37,5

Le pronostic foetal le meilleur est celui dont le volume se situe entre 3000 et 3500 grammes.

Ces chiffres se situent entre deux limites favorables reconnues par la plupart des auteurs.

MM. Lacomme et Le Lorier situent également ce poids entre 3000 et 3500 gr "Les enfants de volume moyen sont ceux qui résistent le mieux".

Les gros enfants qui donnent des dégagements difficiles et les petits qui sont fragiles, même s'ils ne sont pas prématurés, donnent une mortalité catastrophique.

Le plus fort pourcentage de décès nous est donné par les enfants d'un poids supérieur à 4000 gr ; nous verrons d'ailleurs combien dans ce cas les interventions sont fréquentes.

Le poids de l'enfant est le facteur ayant le plus d'influence sur la mortalité.

- Mortalité en fonction de la durée de dilatation

	Durée	Nbre	%	M.	%
Primipare	- 12 h.	44	22,3	4	9
	+ 12 h.	30	15,3	7	23
Multipare	- 6 h.	85	43,5	4	4,7
	+ 6 h.	36	18,4	4	11

On a beaucoup insisté, et avec juste raison, sur l'importance du pronostic foetal de la durée de la période de dilatation du col et de la durée totale du travail.

Plus la durée de dilatation se prolonge, plus la souffrance foetale est grande et plus la mortalité est élevée.

Nous constatons dans notre série, portant seulement sur les accouchements par voie basse, que la mortalité infantile double facilement quand la durée de dilatation est supérieure à 12 heures pour la primipare et supérieure à 6 heures pour la multipare.

Le résultat foetal est favorable lorsque le travail évolue dans des délais normaux.

Dans notre statistique la durée moyenne de la période de dilatation fut de :

- 9 heures pour les primipares
- 5 heures 30 minutes pour les multipares.

Notons que ce temps moyen peut facilement être abaissé grâce à la perfusion intraveineuse lente de Post-Hypophyse qui, disons le tout de suite, ne devra pas être prolongé abusivement. Nous en reparlerons.

Pour Arnold et Nelson (1952) après examen de nombreuses statistiques anglo-saxonnes, la durée moyenne du travail est de :

- 16 heures pour les primipares
- 8 heures pour les multipares.

- Rupture des membranes

	Nbre	%	M	%
Rupture Tempestive	124	63,5	9	7,2
Rupture Prématuration	71	36,5	10	13,2

Le pronostic foetal s'aggrave lors de rupture prématurée ou précoce des membranes. Nous trouvons dans nos chiffres un argument important pour la conservation de la P.D.E. pendant le travail.

- Durée d'expulsion et mortalité

Facteur important dont la durée anormalement longue provoque une mortalité foetale élevée.

		Nbre	%	M	%
<u>Primipare</u>	- 1 h.	46	23,5	4	8,6
	+ 1 h.	28	14,3	7	25
<u>Multipare</u>	- 30 '	111	57	7	6,3
	+ 30 '	10	5	1	10

Notons les chiffres extrêmes : 25 % pour les primipares dont la durée d'expulsion se prolonge au delà d'une heure ; 10 % pour les multipares dépassant 30 minutes.

Si on examine dans le temps la durée d'expulsion, acte ultime dont les épaules et la tête foetale représentent les étapes essentielles et parfois les plus redoutables de l'accouchement, nous trouvons chez la multipare et chez la primipare la même progressivité de mortalité .

Plus la durée d'expulsion augmente, plus la tête s'attarde et plus l'asphyxie foetale s'intensifie, aggravant le pronostic et proportionnellement les manoeuvres d'extraction.

Durée Expulsion

Primipares

Minutes	Nbre	M.	0/0
10 '	4	0	0
20 '	6	0	0
30 '	21	2	9,5'
40 '	7	1	14
60 '	8	1	12,5
65' et +	28	7	25

Durée Expulsion

Multipares

Minutes	Nbre	M.	°/o
5 '	32	0	0
10 '	33	2	6
15 '	10	1	10
20 '	21	2	9,5
30 '	15	2	13
35' et +	10	1	10

- Procidence du cordon - sa fréquence

Au cours des 208 présentations par le siège, nous avons relevé 7 procidences du cordon - Fréquence 3,3 °/o

Elle est plus faible que celle trouvée par :

M. Lacomme 4 °/o
Jarousse 5 °/o
Crézé 6,5 °/o

Par contre Gibson (U.S.A. 1950) trouve une fréquence de l'ordre de 1,3 ‰.

Nos procidences du cordon se sont terminées par :

- 4 grandes extractions de siège, entraînant 2 mortinatalités
- 2 césariennes dont l'une chez une primipare
- 1 petite extraction.

Chapitre II

- INFLUENCE DE CES FACTEURS SUR LE MODE DE TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

Nous venons d'examiner, pris isolément, les principaux facteurs qui peuvent compromettre le pronostic foetal. Proposons nous maintenant d'examiner dans son ensemble le déroulement de l'accouchement par le siège et de rechercher l'influence que ces facteurs peuvent avoir sur le mode de terminaison de cet acte.

Ainsi les connaissances précises de l'âge de la mère, celles de la parité, de la variété de la présentation, du poids probable de l'enfant ainsi que l'étude des parties molles et de l'ampleur du bassin permettront de se faire une opinion sur les risques foetaux pendant le travail et détermineront les grandes directives de la conduite à tenir ainsi que les prévisions thérapeutiques.

- Trois sortes de terminaison de l'accouchement :

- Accouchement spontané , sans aucune intervention. Dans cette catégorie nous classerons les accouchements simples où l'accoucheur peut recourir à des interventions mineures (manoeuvres de Bracht, manoeuvre de Mauriceau sur tête dernière) qui auront pour but de faciliter un accouchement qui pourra être considéré comme normal.

- Accouchement compliqué , où l'accoucheur peut pratiquer :

- petite. extraction de siège,
- grande extraction
- forceps sur tête dernière.

- Césarienne.

- Evolution de l'accouchement - Rôle de l'âge maternel

	- 30 ans				+ 30 ans			
	Nbre	%	M	%	Nbre	%	M	%
Acc. simple	96	67,6	6	6,2	41	62	2	4,8
Acc. compliqué	30	21	8	26	19	28,7	3	15,7
Césarienne	16	11	2	12,5	6	10	0	0

Les accouchements compliqués sont plus fréquents chez les femmes âgées ; en effet chez celles-ci fréquemment tout s'enchaîne pour aboutir à un dégagement opératoire entraînant une forte mortalité.

Le pourcentage des césariennes est très légèrement plus élevé chez les femmes jeunes. Certains auteurs trouvent des résultats inverses.

- Rôle de la parité sur la terminaison de l'accouchement

	Primipare				Multipare			
	Nbre	%	M	%	Nbre	%	M	%
Acc. Simple	53	64,6	6	11,3	84	66	2	2,3
Acc. compliqué	17	20,7	5	29	32	25,3	6	18,7
Césarienne	12	14,6	2	16	10	7,9	0	0
Total	82		13	15,8	126		8	6,3

Chez les multipares, les accouchements simples sont plus nombreux et la mortalité infantile est la plus basse.

Les accouchements compliqués tendent à s'équilibrer dans les deux catégories ; notons cependant que le pourcentage global de cas malheureux est double chez la primipare. Ceci est dû en partie au nombre assez important de primipares âgées pour lesquelles des interventions obstétricales furent plus fréquentes.

- Rôle de la variété de siège

	Siège complet				Siège décomplété			
	Nbre	%	M	%	Nbre	%	M	%
Acc. simple	36	58,3	1	2,8	101	68	7	6,9
Acc. compliqué	17	23,3	4	22	32	21	7	21
Césarienne	7	11,6	0	0	15	10,4	2	13
Total	60		5	8,3	148		16	10,8

L'observation clinique montre que le siège décomplété, variété la plus fréquente (71 % dans notre série) évolue aisément parfois mieux que le siège complet. Par sa forme conique, le siège décomplété paraît progresser plus régulièrement.

Facq (1943) signale que le dégagement des épaules et de la tête dernière sont plus rapides que pour le siège complet.

Les accouchements compliqués sont moins nombreux, mais les césariennes plus fréquentes.

Cependant, cette apparence de facilité ~~est trompeuse~~ car le pourcentage global de mortalité infantile est supérieur pour la variété décomplétée.

- Durée de dilatation et terminaison de l'accouchement

<u>Primipare</u>	- 12 h.				+ 12 h.			
	Nbre	°/o	M	°/o	Nbre	°/o	M	°/o
Acc. simple	34	66	1	2,9	13	42	2	15,3
Acc. compliqué	12	23,5	3	25	11	35,4	5	45
Césarienne	5	9,8	0	0	7	22,5	2	28,5
Total	51		4	7,8	31		9	29

Multipare	- 6 h.				+ 6 h.			
	Nbre	°/o	M	°/o	Nbre	°/o	M	°/o
Acc. simple	67	75,2	2	3	23	62	1	4,3
Acc. compliqué	18	20	2	11	8	21,6	3	37,5
Césarienne	4	4,4	0	0	6	16	0	0
Total	89		4	4,4	37		4	10,8

Là encore, nous trouvons chez la primipare ainsi que chez la multipare une augmentation importante des interventions obstétricales lorsque la durée de dilatation dépasse douze heures et six heures. Chez la primipare, extractions et césariennes sont encore plus nombreuses. La mortalité infantile suit la même progression et s'avère catastrophique lors des manoeuvres d'extraction.

- Importance du poids de l'enfant.

<u>Poids</u>	<u>Nbre global</u>	Acc. spontané				Acc. compliqué				Césarienne			
		Nbre	%	M	%	Nbre	%	M	%	Nbre	%	M	%
2000 à 2500	20	18	90	3	17	2	10	1	50	0	0	0	0
2500 à 3000	61	46	75,4	1	2	14	23	2	14,2	1	1,6	0	0
3000 à 3500	82	56	68	1	1,7	21	25,6	2	9,5	5	6	0	0
3500 à 4000	37	15	40,5	2	13	10	27	4	40	12	32,4	1	8,3
4000 et +	8	2	25	1	50	2	25	2	100	4	50	1	25
Total	208	137		8	5,8	49		11	22,4	22		2	8,4

Par suite de leurs fragilités, les petits et les gros enfants sont des cas malheureux et offrent la mortalité la plus élevée.

Plus le volume de l'enfant est important, plus les accouchements spontanés se raréfient et inversement plus les manoeuvres d'extraction et les césariennes augmentent.

Ce sont les enfants de volume moyen qui provoquent les meilleurs accouchements.

La mortalité infantile s'élève proportionnellement au poids de l'enfant quelle que soit la modalité de l'accouchement.

TITRE III

- LES DIFFERENTS MODES D'ACCOUCHEMENT et MORTALITE -

Madame Lachapelle dont l'opinion vers 1825 prévalait car riche d'une longue expérience, distinguait trois méthodes d'accouchement par le siège.

"Laisser agir la nature". C'est l'accouchement spontané, appelé de nos jours "un Vermelin".

"Aider dans le sens des efforts de la nature". C'est actuellement un Bracht ou un Mauriceau.

"Changer les dispositions naturelles". C'est la grande extraction, manoeuvre de réduction artificielle.

Nous nous proposons d'examiner dans leur ensemble ces trois modes de terminaison d'accouchement en insistant en particulier sur les résultats, la mortalité, les indications opératoires obstétricales.

Rappelons en ce début de chapitre que la version par manoeuvre externe a été tentée en son temps et après préparatio (bain chaud, antispasmodique) chaque fois qu'elle a été jugée utile et lorsque la femme admettait une hospitalisation de courte durée.

- Les accouchements simples

Dans cette catégorie, nous groupons les accouchements totalement spontanés tel que le concevait Vermelin comme "l'expulsion du foetus par les seules forces de la nature et des poussées volontaires de la parturiente". et les accouchements à "expulsion aidée" par les manoeuvres de Bracht ou de

Mauriceau sur tête dernière.

Madame Lachapelle, elle-même, adepte de l'abstentionnisme, reconnaissait qu'il fallait souvent aider la nature et déclarait d'ailleurs "fort rares les cas où la nature reste absolument seule chargée de la terminaison de l'accouchement".

Les accouchements simples sont les plus nombreux. Sur 208 présentations de siège, nous en avons relevé 137, soit une fréquence de 65,8.°/o.

Ce chiffre est semblable à ceux publiés par :

- Farq 62 °/o
- Beguère 60 °/o
- Misler 62 °/o
- Dalley (GB) 68 °/o.

Inférieur à ceux trouvés par =

- Vermelin 75 °/o
- Lacagne 76 °/o
- Triballet 79 °/o

	P a r i t é		a g e		v a r i é t é	
	Primipare	Multipare	- 30 ans	+ 30 ans	Complet	Décomplété
Nombre de femmes	53	84	96	41	36	101
°/o	38,6	61,3	70	29,9	26,2	73,7
Mortalité infantile	6	2	6	2	1	7
°/o	11,3	2,3	6,2	4,8	2,7	6,9

Ce sont les multipares en siège décomplété qui sont les plus nombreuses (61,3 °/o)

Notons que la mortalité infantile est plus importante chez la primipare que chez la multipare.

- 6 décès pour 53 primipares, soit 11,3 ‰
- 2 décès pour 84 multipares, soit 2,3 ‰.

Huit cas malheureux élèvent la mortalité foetale et néo-natale à 5,8 ‰. Mortalité meilleure que celles données par Delruy Vermenouze 13,9 ‰ Law (G.B.) 10,8 ‰ , Zacharias (U.S.A.) 12,3 ‰ ; plus lourde que celles de Bèguère 3,3 ‰, celle de Jarousse et Lerat 3 ‰.

<u>Poids</u>	Nbre	O/o	Décès	‰
2000 à 3000	64	46,7	4	6,2
3000 à 3500	56	40,8	1	1,7
3500 à 4000 et +	17	12,4	3	23,4
Total	137		8	5,8

135 enfants sont nés vivants dans le service. Parmi eux, relevons :
1 décès au troisième jour,
2 décès dans les 24 premières heures, l'un à la 4^{me} heure, le second à la 16^{me} heure,
5 hémorragies méningées - 3 décès.

Deux enfants sont morts à la naissance.

La morbidité foetale est négligeable et les déchirures périnéales peu nombreuses.

Conclusion

Appliquée aux cas simples et entourée d'un climat psychologique favorable, l'expectative est bien fondée chaque fois qu'il n'existe aucune urgence maternelle ou foetale. Seul un début léger de souffrance foetale occasionnée par une panne dynamique survenant à la période critique du dégagement ou un épuisement maternel arrêtant la progression, oblige à recourir à une intervention souvent mineure accélérant le dégagement de la tête dernière.

- Les accouchements compliqués

Sur 208 présentations de siège, nous avons relevé 49 accouchements compliqués, soit une fréquence de 23,5 $\%$. Ces accouchements ont nécessité soit une grande extraction classique, soit des manoeuvres d'extraction du tronc et de la tête dernière que nous avons comprises sous le nom de petite extraction ou extraction assistée.

Leurs indications sont classiques et laissent présager la mortalité foetale. Dans notre série personnelle, nous trouvons : défaut de progression (21), souffrance foetale, modification des bruits du coeur (15), travail prolongé, épuisement maternel (8), procidence du cordon (5).

	p a r i t é		â g e		v a r i é t é	
	Primipare	Multipare	- 30 ans	+ 30 ans	Complet	Décomplété
Nombre de femmes	17	32	30	19	17	32
%	34,6	65,3	61,2	38,7	34,6	65,3
Mortalité Infantile	5	6	8	3	4	7
%	29	18,7	26,7	15,7	23,5	21,8

Ce sont les multipares en siège décomplété qui fournissent la majorité des accouchements compliqués (65,3 $\%$).

Les enfants morts au cours du travail ou dans la première semaine sont au nombre de 11, soit 22,4 $\%$.

Mortalité importante certes mais qui reflète l'accord de la majorité des auteurs signalant une mortalité infantile qui dépasse en général 20 $\%$. Quelques chiffres :

En France : Poulain 30 $\%$, Facq 28 $\%$, Béguère 21 $\%$, Tanguy 35 $\%$

A l'étranger : Danfort et Galloway (U.S.A.) 23 $\%$, Law (G.B.) 40 $\%$, Gordon (U.S.A.) 18,7 $\%$.

Dans les pays Sud-Américains citons la mortalité foetale publiée par Bernti : 28,8 %/o et celle de Dubronsky : 30 %/o.

La morbidité infantile est assez importante et le dépouillement des observations montre que les principaux accidents peuvent être portés au passif des difficultés de l'accouchement. 23 enfants, c'est-à-dire 47 %/o n'ont pas crié dès la naissance et on dû être ranimés, nécessitant aspiration pharyngo-trachéale et oxygénation rythmée à la sonde. Pour 17 enfants, la réanimation a duré moins de dix minutes.

Dans ce groupe nous déplorons :

- 3 cas de paralysie du plexus brachial
- 2 cas de fracture humérale
- 5 cas d'hémorragie méningo-encéphalitique,
- 4 cas de courbe pondérale défectueuse.

Au total des 49 enfants que nous étudions, 15 seulement se sont comportés tout à fait normalement à la naissance ou au cours de la première semaine. 38 enfants ont quitté vivants le service.

Importance du poids de l'enfant

	Nbre	%/o	Décès	%/o
2000 à 3000	16	32,6	3	18,7
3000 à 3500	21	42,8	2	9,5
3500 à 4000 et +	12	24,2	6	50
Total	49		11	22,4

Pour deux cas (enfants de plus de 4000 grammes) il aurait été préférable de pratiquer une césarienne ; toutefois on sait combien est trompeuse et difficile l'évaluation du poids du fœtus.

Les applications de forceps sur tête dernière furent peu nombreuses. Sept seulement terminèrent les grandes extractions de siège. La mortalité est nulle. Cette manoeuvre en général simple paraît donner les meilleurs résultats. Elle s'avère moins meurtrière que certain Mauriceau réputé facile mais dont la manoeuvre n'est pas toujours aisée, même après épisiotomie car elle exige parfois de fortes tractions entraînant une mortalité foetale non négligeable.

Conclusion -

Les extractions restent des interventions de nécessité où les conditions sont le plus souvent d'emblée défavorable et la mortalité croît proportionnellement au nombre des manoeuvres pratiquées.

Monsieur le Professeur Lacomme a bien analysé les raisons de ces constatations : "Ce sont des femmes dont l'enfant est gros, dont les tissus manquent de souplesse, qui ont une dilatation longue, une expulsion longue aussi qui voient leur accouchement se terminer par une intervention. Tout s'enchaîne pour aboutir à un dégagement opératoire grevé d'une forte mortalité".

Les opérations césariennes

Nous avons relevé 22 interventions par voie abdominale au cours de la présentation du siège ; soit une fréquence de 10,5 %.

Concordance avec de nombreux auteurs qui situent cette fréquence entre 9,5 % (Lacagne) et 15 % (Béguée).

Deux décès portent la mortalité infantile à 9 %.

Dans notre série, les césariennes ont été plus fréquentes chez les primipares (14,5 %) que chez les multipares (7 %),

plus nombreuses également chez les femmes dont l'âge était inférieur à 30 ans (11,5 %) que chez celles ayant dépassé la trentaine (9 %).

	P a r i t é		A g e		V a r i é t é	
	Primipare	Multipare	- 30 ans	+ 30 ans	Complet	Décomplété
Nombre de femmes	12	10	16	6	7	15
Mortalité Infantile	2	0	2	0	0	2
%	16,6	0	12,5	0	0	13,3

9 césariennes furent effectuées au début du travail et trouvaient leurs indications rattachées à :

- bassin limite et fœtus présumé gros - 2 cas
- antécédent d'accouchement dystocique par le siège - 2 cas.
- procidence du cordon - 2 cas
- souffrance fœtale - 3 cas - 1 mort-né.

Ces interventions, effectuées au début du travail et où l'épreuve du travail n'était pas licite sont apparues comme une solution de sagesse, évitant un certain nombre de catastrophes obstétricales.

(- Primipares 8

13 césariennes furent pratiquées au cours du travail (- Multipares 5

Principales indications :

- Anomalie dynamique et souffrance fœtale - 8 cas - 1 mort-né.
- Echec de l'épreuve du travail - 2 cas.
- Primipare âgée et excès de volume fœtal- 3 cas.

Rôle du poids de l'enfant

	Nbre	O/o	Décès	%
2000 à 3000	1	4,5	0	0
3000 à 3500	5	22,7	0	0
3500 à 4000 et +	16	72,7	2	12,5
Total	22		2	9

Signalons que les deux enfants morts appartiennent à la catégorie des gros enfants, coïncidence non négligeable s'associant à d'autres complications.

Conclusion -

Basée sur la valeur fonctionnelle de l'utérus et établie en fonction de la marche du travail, l'opération césarienne a amélioré le pronostic foetal.

Cette intervention a diminué les manoeuvres de grandes extractions fréquemment foeticides. Toutefois il est souhaitable de ne pas tomber dans l'abus en se rappelant que chaque intervention abdominale assombrit l'avenir obstétrical.

Nous constaterons d'ailleurs dans l'étude suivante une nette diminution des césariennes depuis l'utilisation de la perfusion intraveineuse lente de Post-Hypophyse capable dans certains cas de transformer un accouchement paraissant dystocique en accouchement normal.

TITRE IV

ESSAIS DE PERFECTIONNEMENT DU DEGAGEMENT - ROLE DES PERFUSIONS I.V.

D' OCYTOCIQUES

EVOLUTION DE LA MORTALITE - CONDUITE A TENIR

La période terminale de l'accouchement par le siège nécessite des contractions de bonne qualité. L'intérêt de raccourcir au maximum la période d'expulsion, au cours de laquelle le foetus subit un véritable essorage et souffre le plus, a conduit la majorité des obstétriciens à l'utilisation des Ocytociques.

Utilisée au début pour corriger les dystocies dynamiques au cours du travail, la perfusion intraveineuse de Post-Hypophyse a vu rapidement ses indications s'étendre et actuellement presque toutes les présentations pelviennes bénéficient de cette méthode.

En supprimant l'inertie utérine toujours possible de la période d'expulsion, la post-hypophyse tend à réduire les interventions et en raccourcissant la durée du travail, tend à diminuer la fatigue maternelle et par voie de conséquence les interventions justifiées par celle-ci.

L'administration d'ocytocique permet également d'obtenir le déclenchement des contractions utérines dans des conditions voisines du travail utérin physiologique.

Rappelons que la perfusion I.V. de post-hypophyse a ses contre-indications formelles qui doivent être à priori respectées :

- présentation vicieuse,
- disproportion foeto-pelvienne,

- femmes porteuses de cicatrices utérines
- grandes multipares.

Nous nous proposons dans notre série continue de sièges d'établir une comparaison entre les cas non perfusés et ceux qui ont bénéficié d'une perfusion intraveineuse lente de post-hypophyse, en insistant plus spécialement sur les interventions effectuées dans l'un et l'autre cas et sur les variations de la mortalité infantile.

Nous confronterons les résultats et nous en tirerons les conclusions qui s'imposent :

Sièges non perfusés -

- 89 sièges non perfusés, soit une fréquence de 42,7 %
14 décès nous donnent une mortalité infantile globale de 15,7 %.

La terminaison de ces accouchements se décompose en :

- Accouchements entièrement spontanés
27 sièges, soit 30 %
2 mortalités = 7,4 %
- Accouchements terminés par la manoeuvre de Bracht
8 sièges, soit 8,9 %
Mortalité = 0
- Accouchements terminés par la manoeuvre de Mauriceau
Nombre : 12 , soit 13,4 %
2 mortalités = 16 %
- Accouchements terminés par une grande extraction
29 sièges , soit 32,5 %
8 mortalités = 27,5 %
- Accouchements terminés par une césarienne
9 sièges , soit 10 %
2 mortalités = 15 %

Sièges perfusés - Rôle des extraits post-hypophysaires

Utilisée plus fréquemment dans le service de Maternité depuis 1955 lors d'accouchement par le siège, la perfusion intraveineuse lente de Post-hypophyse naturelle, installée pendant l'épreuve du travail et en principe lorsque la dilatation est entre 2 et 5 francs et après la rupture artificielle des membranes, a vu son emploi justifié en suppléant à des anomalies relativement fréquentes de la contractilité utérine.

La post-hypophyse doit être utilisée sous surveillance médicale stricte et en milieu obstétrico-chirurgical. Elle requiert, disons le tout de suite, un personnel compétent, entraîné, assurant une surveillance attentive. Le débit moyen de la perfusion doit être régulier, progressif, à la demande et ne doit pas créer une hypertonie tétanigène du muscle utérin.

L'apparition et l'utilisation depuis 1958 d'une ocytocine de synthèse (Syntocinon) théoriquement dépourvue d'effet vaso-presseur et douée d'une plus grande stabilité permettant un dosage rigoureux, a progressivement remplacé les extraits post-hypophysaires naturels.

C'est pourquoi nous distinguerons deux séries : les sièges qui ont bénéficié d'une perfusion de post-hypophyse naturelle et les cas perfusés avec le Syntocinon (post-hypophyse synthétique).

Technique de la perfusion

La méthode conseillée et celle utilisée dans le service est la suivante : perfusion intraveineuse lente, continue, progressive, réglable à tout instant, à la dose de 10 unités de Post-Hypophyse dans 500 de sérum glucosé isotonique.

Le débit est réglé à 20 gouttes/minute pouvant, grâce à une surveillance vigilante et constante être accéléré ou diminué selon les réponses du muscle utérin.

La dose totale maxima , perfusion maintenue jusqu'à la délivrance, parfois même après, n'a jamais dépassé 10 unités de post-hypophyse. Les autres antispasmodiques seront faits à la demande, leur utilisation permet de diminuer les risques de spasme du col et l'incarcération de la tête dernière.

Résultats

119 sièges perfusés - fréquence 57 %

4 césariennes - " " 3,3 %

7 décès portent la mortalité infantile globale à 6,3 %

- Deux séries

1/ Sièges ayant bénéficié d'une perfusion: de Post-Hypophyse naturelle

53 sièges - Fréquence 44,5 %

4 mortalités = 7,4 %

2/ Sièges perfusés avec la post-hypophyse synthétique = Syntocinon.

66 cas , soit 55 %

3 mortalités = 4,5 %

	Post-Hypophyse Naturelle				Syntocinon			
	Nbre	%	M	%	Nbre	%	M	%
; Acc. simple	36	30	3	8,3	54	45,3	2	3,7
Acc. compliqué	12	10	1	8,3	8	6,7	1	12,5
Césarienne	2	3,7	0	0	2	3	0	0

Etude comparative - Sièges perfusés et non perfusés.

	Non perfusés				Perfusés			
	Nbre	%	M	%	Nbre	%	M	%
Acc. simple	47	52,8	4	8,5	90	75	5	5,5
Acc. compliqué	27	32,5	8	27,5	20	10	2	10
Césarienne	9	10	2	15	4	3,3	0	0

Avec les perfusions intraveineuses lentes de Post-hypophyse, qu'elles soient naturelles ou synthétiques, nous assistons à une baisse importante du nombre de sièges compliqués et de césariennes.

La mortalité infantile varie dans le même sens, allant de 27,5 ‰ pour les sièges compliqués non perfusés à 10 ‰ pour ceux qui ont bénéficié d'une perfusion de post-hypophyse.

Lés césariennes également subissent la même progression et la fréquence décroît passant de 10 ‰ à 3,3 ‰

Dans certains cas sélectifs, la Post-hypophyse a remplacé la césarienne dont naguère certaines étaient justifiées par l'apparition d'une dystocie dynamique.

Quant aux accouchements par voie basse, la perfusion placée pendant le travail permet une épreuve dynamique correcte et selon l'évolution permet à l'accoucheur de choisir suffisamment tôt entre la voie basse et la voie haute.

Il est bien évident que l'absence de progression malgré une bonne dynamique utérine impose la césarienne.

La perfusion n'a guère modifié le pronostic de l'accouchement chez la primipare âgée.

Conclusion -

L'inocuité de la méthode nous paraît démontrée, surtout lorsqu'elle ne vise qu'à restaurer l'harmonie physiologique de l'accouchement.

Le pronostic foetal paraît avoir été amélioré par cette pratique.

Epreuve efficace certes, mais la perfusion de post-hypophyse n'est cependant pas pour tous les cas un excellent traitement et les résultats obtenus seront fonction du discernement qui aura présidé au choix de l'indication et du moment.

CONCLUSIONS

Notre étude nous a permis de constater :

- que la mortalité foetale et néo-natale dans l'accouchement par le siège paraît en grande partie imputable à la nocivité de certaines interventions, en particulier la grande extraction, que l'on est amené à pratiquer pour terminer rapidement l'accouchement.

A 22 % s'élève la mortalité de ces cas malheureux dans notre série personnelle. Ce pourcentage reflète d'ailleurs celui donné par la majorité des auteurs et nous retrouvons cette notion devenue maintenant classique : lorsque cesse l'évolution spontanée de l'accouchement et dès que l'on pénètre dans le domaine des interventions, alors apparaissent les difficultés qui assombrissent lourdement le pronostic vital de l'enfant.

- Mais l'évolution spontanée de l'accouchement par le siège, sans aucune intervention, n'est guère fréquente (37 % dans notre série) et nous retrouvons dans notre statistique les éléments classiques, facteurs inévitables, maternels et foetaux qui influencent et peuvent s'opposer au mécanisme normal de cet acte physiologique.

La mortalité atteint spécialement : les enfants dont le poids dépasse 3500 grammes (7 décès dans notre série, soit 15,5 % de mortalité) ainsi que ceux qui n'atteignent pas 3000 grammes (9,8 %) alors que le taux de mortalité globale est relativement bas chez les enfants dont le poids se situe entre ces deux limites favorables.

- Nous avons retrouvé la gravité de la présentation du siège chez les primipares : 13 décès portent notre mortalité infantile à 15 ‰ alors que chez les multipares la mortalité globale n'atteint que 6 ‰ (8 décès pour 126 cas).

Par contre, nous n'avons pas retrouvé la gravité classique de cette présentation chez la primipare âgée. Mais les interventions par voie haute et les grandes extractions y sont plus fréquentes.

- L'intervention césarienne prophylactique ou secondaire effectuée au cours du travail tend à réduire la mortalité foetale. Sur 208 sièges, 22 césariennes ont été pratiquées (10,5 ‰). La voie haute dans la présentation du siège ne doit pas être sous estimée ; elle a été favorable dans 80 ‰ des cas au cours de la dilatation et dans les 9 cas d'interventions prophylactiques.

La fréquence des césariennes augmente en fonction du poids de l'enfant et de l'âge de la mère. Il ne faut cependant pas tomber dans l'abus se rappelant qu'une intervention inutile surtout chez la femme jeune assombrit son avenir obstétrical.

- Réduire la mortinatalité et la mortalité néo-natale fréquentes lors des manoeuvres meurtrières, améliorer le pronostic vital de l'enfant lors des accouchements par voie basse, ont été les principaux objectifs recherchés par l'utilisation de la perfusion intraveineuse lente de post-hypophyse d'abord naturelle puis maintenant synthétique.

C'est une thérapeutique active qui comporte des risques et impose des règles de prudence actuellement bien codifiées.

Son utilisation dans notre deuxième série paraît avoir :

- diminué le nombre des manoeuvres de grande extraction. Nette amélioration du taux de la mortalité infantile (10 ‰) par rapport à celui de notre première série non perfusée (27,5 ‰)

- diminue également la fréquence des césariennes, surtout lors de disproportions foeto-pelviennes limites (3,3 ‰ au lieu de 10 ‰).

- pallie les défaillances de la motricité utérine fréquentes et inopportunes lors de la descente et de l'expulsion du siège.

- Par contre n'a guère modifié le pronostic de l'accouchement chez la primipare âgée.

Mais une certaine mortalité persiste qui ne s'abaisse pas au-dessous de 5,8 ‰ (mortalité globale).

Ainsi, après avoir éliminé par une césarienne préventive ou secondaire au cours de la dilatation certains sièges dont l'accouchement naturel serait trop risqué, nous pensons grâce à l'utilisation des ocytociques que la présentation du siège doit être considérée avec confiance.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. M. LACOMME

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- J. FACQ
Accouchement spontané dans la présentation du siège - Mécanisme - Résultats.
Thèse Nancy 1948
- M. VERMELIN, M. RIBOU
Encyclopédie M.C. obstétrique - Vol. I
- M. LACOMME
Pratique obstétricale - Tome I
- BRACHT
Le traitement du siège
C.R. du VII^e congrès International de Gynécologie - Amsterdam 1938
- A. GRANJON et R. HENRICU -
Grande extraction systématique (Etude de 52 cas en série continue)
Gyn. Obst. Janvier, mars 1959 - 59 - n° 1
- A. BEGUERE
Etude statistique de la mortalité intrapartum et néonatale des enfants nés en présentation du siège.
Thèse - Paris 1954 n° 21
- R. MEYER, J. MELCHIOR et C. CHIEHA
Perfusion I.V. lente de Post-Hypophyse au cours du travail. Deux mille observations portant sur huit années.
Gyn. Obst. 1958 - 57 - 404.
- G. MORENO
Contribution à l'étude de la perfusion de Post-Hypophyse dans l'accouchement par le siège.
Thèse - Paris 1955 n° 1056.
- F. DELLENBACH et B. KELLER
La perfusion intraveineuse d'ocytocique dans la présentation du siège.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 11.192 1959

J. JAROUSSE et LERAT

Etude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège.

Rev. Franc. Gyn. Obst. n° 2 1959

J.P. LACAGNE

Etude statistique de la mortalité foetale et néo-natale dans la présentation du siège.

Thèse - Paris 1961 n° 208

VARANGOT, IELORIER et Cote

Sur l'emploi des extraits post-hypophysaires en perfusion

Gyn. Obst. (suppl.) 2 n° 4 1950

J. THEVENIER

Contribution à l'étude de l'action de la perfusion I.V. lente de Post-Hypophyse dans les épreuves du travail.

Thèse Paris 1955 n° 1058

MEYER Présentation du siège et césarienne.

Gyn. Obst. Mai 1939 34 n° 5



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •
Téléphone : ODÉon 58-94